

ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, พย.ม.¹, คุษฎี ไตรยวงศ์, พย.ม.¹,
อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, พย.ม.¹, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, พย.ม.²,
กัลยาณี สุขสุเมฆ, พย.³, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 23 มกราคม 2568; วันที่แก้ไข: 19 มีนาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 11 เมษายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 15 คน มีระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2567 รวบรวมข้อมูลโดยวิธี การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตามแนวคิดของ ฮัสเซอร์ล (Husserl) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการของ จีออจี้ (Giorgi's Method) และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของลินคอนและกูปา (Lincoln & Guba) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้ 1. เป็นเพราะตนเอง คือ เป็นการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรมและการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่ออกกำลังกาย ลืมรับประทานยา ใช้สารที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต และมีความเชื่อวัฒนธรรมดั้งเดิมที่ไม่เหมาะสม 2. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือ คือ การมีบุตรหลานดูแลเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ดีให้ผู้ป่วยรับประทาน 3. ระบบบริการดีมีมาตรฐาน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำชัดเจน และระบบบริการมีความรวดเร็ว เข้าถึงง่าย ซึ่งผลการวิจัยเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขต อุดรธานี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลขามทะเลสอ

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อีเมล: narumol@knc.ac.th

Self-Management Experiences of Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure in the Community

*Chatthong Jarupisitpaiboon, MS.N.¹, Dussadee Triyawong, MS.N.¹,
Areerat Pesungnoen, MS.N.¹, Saowalux Thajang, MS.N.²,
Galayanee Suksumak, B.N.S.³, Narumon Premmasawat, MS.N.^{1*}*

(Received: January 23rd, 2024; Revised: March 19th, 2025; Accepted: April 11th, 2025)

Abstract

This qualitative phenomenological research aimed to explore the self-management experiences of hypertensive patients in a community who are unable to control their blood pressure levels. The study involved 15 participants with systolic blood pressure exceeding 160 mmHg and/or diastolic blood pressure exceeding 100 mmHg. Data were collected between June and August 2024 using semi-structured interviews based on Husserl's phenomenological approach. The data were analyzed using Giorgi's Method, and the study's credibility was ensured by following the guidelines of Lincoln and Guba. The research findings revealed the following three key themes regarding the self-management experiences of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure in the community. 1. Self-related factors. This includes the patients' perceptions, feelings, beliefs, cultural influences, and behaviors that contribute to poor blood pressure control. Examples include consuming high-sodium foods, lack of exercise, forgetting to take medication, using substances that raise blood pressure, and adhering to inappropriate traditional beliefs. 2. Family and community support. This involves assistance from family members, such as children helping patients choose healthier food options. 3. Efficient and standardized healthcare services. This includes clear guidance from healthcare professionals and a healthcare system that is fast, accessible, and efficient. The findings provide insights for enhancing and developing proactive healthcare services to improve effectiveness and better meet the needs of patients.

Keywords: experience, self-management, uncontrolled hypertension

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

² Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani campus

³ Registered nurse, Senior professional level, Kham Thale So Hospital, Nakhon Ratchasima

* Corresponding author: Narumon Premmasawat, E-mail: Narumon@knc.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นสองเท่าระหว่างปีพ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1.3 พันล้านราย เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน และมากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง(World Health Organization[WHO], 2023) ข้อมูลทางระบาดวิทยาแสดงถึงโรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นมากในประชากรไทยที่มีอายุเกิน 40 ปี โดยเฉพาะประชากรอายุเกิน 65 ปีซึ่งมีอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็ว เป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นทวีคูณ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเงียบและมักไม่ค่อยมีอาการ อาการแรกสุดอาจเป็นภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหัวใจวายเฉียบพลันหรือไตพิการ และมักเกิดร่วมกับภาวะโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต กลุ่มโรคอ้วนลงพุง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2565-2567 พบร้อยละ 15.11, 15.67 และ 16.39 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะวิกฤติในปี พ.ศ.2565-2567 พบร้อยละ 2.4, 2.4 และ 3.5 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2565-พ.ศ.2567 ร้อยละ 16.64 17.36 และ 17.36 ตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ภาวะหัวใจวายและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบแคบหรือตัน หลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต การจัดการตนเองถือว่ามีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เช่น การควบคุมอาหาร ลดหรือเลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย รวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ (วนิดา สติประเสริฐ, 2558) การศึกษาข้อมูลประสบการณ์มุมมองของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญทำให้เราในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหา เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการตามวิถีชีวิตและบริบทความเป็นอยู่ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจน และไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารรสเค็มได้ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต การจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ที่เหมาะสม (รุ่งทิwa ชันธมูล และสมจิต แคนสีแก้ว, 2560) แต่ด้วยความแตกต่างของ วิถีชีวิต ปัจจัยด้านบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งข้อจำกัดของอุปสรรคในการดูแลตนเอง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (สุทัศน์ ศุภนาม และคณะ, 2565)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงต้องการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ ฮัสเซอร์ล (Husserl) เพราะเป็นแนวความคิดที่เป็นอิสระในตนเอง ทำให้เข้าใจความหมายของตนเองตามประสบการณ์นั้น ๆ สะท้อนให้เห็นความลึกซึ้งของมุมมองของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้การศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผน การให้การพยาบาล ดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ลดความรุนแรงของโรค ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงนำมาใช้ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย หากศึกษาประสบการณ์ในเชิงลึกถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วย จะทำให้เข้าใจผู้รับบริการในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคและ ข้อจำกัด รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการ ซึ่งจะเป็แนวทางสำคัญในการเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยใช้แนวคิดของ ฮัสเซอร์ล (Husserl) เป็นแนวความคิดตามโครงสร้างเสมือนจริงที่เกิดขึ้นอย่างอิสระตามการรับรู้ ประสบการณ์ของบุคคล บอกความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ซึ่งมีความเชื่อว่ามนุษย์มีการรับรู้ตามความเข้าใจในสิ่งที่ประสบพบเจอด้วยตนเอง การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาตามสภาพของความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายที่มาจากจิตสำนึกของผู้ป่วย โดยไม่ตีความข้อมูลหรือไม่ใส่ความคิดเห็นของผู้วิจัยเป็นแนวคิดที่ไม่มีความเอนเอียงและปราศจากอคติ สอดคล้องกับแนวคิดของจืออิจิ ซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ทางด้านสุขภาพตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงมีการศึกษาทำความเข้าใจตามประสบการณ์จริงตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Qualitative Research) ตามแนวคิดของ ฮัสเซอร์ล (Husserl)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนที่ศึกษา และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณลักษณะดังนี้ 1) มีระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท 2) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาพูดและบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองได้ 3) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จำนวนผู้ให้ข้อมูลอาจมีเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับความอึดอัดตัวของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้องตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์ โดยจะยุติข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีข้อมูลใหม่มาเพิ่มอีก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา รหัส COA No. 32/2567 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 และมีการพิทักษ์สิทธิโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ถ้าในระหว่างการทำวิจัยผู้ใดไม่ประสงค์เข้าร่วมสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยแต่อย่างใด สำหรับเทพบันทึกละเลยจะได้รับการทำลายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นทันที และผลการศึกษาจะไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือวิจัยโดยศึกษาข้อมูลทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือและเกี่ยวข้องกับการวิจัย เช่น บทความวิจัย บทความวิชาการ เป็นต้น สร้างประเด็นคำถาม เพื่อสอบถามประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือวิจัยมีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้สัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา เป็นต้น
2. แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนวคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การจัดการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ โดยผู้วิจัยสามารถถามคำถามเจาะลึกต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมีความครอบคลุม
3. แบบบันทึกภาคสนาม คือ การจดบันทึกข้อมูลตลอดการวิจัยและการบันทึกเทพ ซึ่งบันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ รวมถึงการลงรหัสข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นตามเกณฑ์การพิจารณาความน่าเชื่อถือของ Lincoln และ Guba ดังรายละเอียดนี้

1. ความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยใช้วิธีการดังนี้ 1) ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลา 30-45 นาที และถูกสัมภาษณ์ 1-2 ครั้งต่อราย เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจพร้อมให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย 2) ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) โดยนำข้อมูลที่ได้สรุปให้กับผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะในข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยจะไม่ใช้ประสบการณ์เดิมของตนเองมาตัดสินผู้ให้ข้อมูล

2. ความสามารถนำไปอ้างอิง โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น อายุ เพศ อาชีพ เป็นต้น เพื่อให้มีความครอบคลุม สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบริบทอื่นที่มีความคล้ายคลึงกันได้

3. การพึงพาเกณฑ์ ผู้วิจัยระบุนายละเอียดชัดเจนของการดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอน เหตุผล การคัดเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระ ที่นักวิจัยนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกันผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อให้นักวิจัยอื่นตรวจสอบความเหมาะสมของการวิจัยได้

4. การยืนยันผลการวิจัย ผู้วิจัยจัดการบันทึกข้อมูลที่ได้อีกไว้สำหรับเป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียง เก็บบทสัมภาษณ์และการใช้รหัสลงข้อมูล แยกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเป็นไฟล์อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีบันทึกรายละเอียดจากการสังเกตการทำทาง สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศรวมถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งเก็บข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถตรวจสอบที่มาของแหล่งข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลขามทะเลสอซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนบ้านหนองคู ประสานกับพยาบาลที่รับผิดชอบชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนัดหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนบ้านหนองคูโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

3. นัดหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตทำการบินที่กึ่งเทปและจดบันทึกข้อมูล ขณะสนทนาผู้วิจัยได้ฟังประสบการณ์การจัดการตนเอง ตลอดจนความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำความเข้าใจเนื้อหา ทบทวนคำพูด และการถามคำถามเชิงลึกในบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความไม่พร้อมในการให้ข้อมูลและความไม่สบายเป็นระยะเพื่อให้ผู้ข้อมูลวิจัยบอกความต้องการ หากไม่สะดวกสามารถหยุดพักการสัมภาษณ์และนัดหมายในครั้งถัดไป การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบถ้วนชัดเจน ซึ่งหมายถึงข้อมูลมีความอิ่มตัว ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567

4. ทำการถอดเทปบันทึกเสียงของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยแบบคำต่อคำและหลังสิ้นสุดให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยตรวจสอบยืนยันข้อมูลของตนเองทุกครั้งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ จีออจี (Giorgi's Method) มีขั้นตอนดังนี้

1. อ่านบทสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึก อ่านข้อมูลทั้งหมดให้ครบถ้วนซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นภาพรวม
2. อ่านข้อมูลบทสนทนาข้อมูลอีกครั้ง แยกข้อความที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ป่วยที่ศึกษาและให้ข้อมูล
3. ทำการเชื่อมโยงเข้ากับความเข้าใจทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยของความหมาย
4. สังเคราะห์หน่วยความหมายทั้งหมดเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ศึกษาซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 อายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายมากที่สุดร้อยละ 40.00 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100.00 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกรร้อยละ 26.67 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 100 และเป็นผู้ที่มีระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามคุณลักษณะ (n=15)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	40.00
หญิง	9	60.00
อายุ		
45-49	3	20.00
50-54	3	20.00
55-59	5	33.33
60-64	1	6.67
65-69	2	13.33
70 ปีขึ้นไป	1	6.67

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	3	20.00
สมรส	10	66.67
หม้าย	2	13.33
อาชีพ		
รับจ้าง	6	40.00
เกษตรกร	4	26.67
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	20.00
ค้าขาย	2	13.33
การศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	3	20.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	6	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	13.33
ปริญญาตรี	1	6.67

ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่าประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สรุปและสะท้อนความหมายของประสบการณ์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้ 1. เป็นเพราะตนเอง 2. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือ 3. ระบบบริการดีมีมาตรฐาน

1. เป็นเพราะตนเอง คือ เป็นการรับรู้ ความรู้สึก การแสดงพฤติกรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและอุปสรรคของผู้ป่วยที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีการรับรู้เกี่ยวกับโรครู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมาจากพฤติกรรมแต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตามความหมายเป็นเพราะตนเองใน 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คือทราบถึงสาเหตุของการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงจากการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เช่น

“กินเค็ม กินหวาน ก็ทำให้ความดันขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชาย อายุ 48 ปี ป่วยมานาน 6 ปี)

“เห็นเขาบอกว่าถ้ากินเหล้าก็ทำให้เป็นความดันโลหิตสูง แล้วก็เส้นเลือดตีบได้ใช่ไหม” (ผู้ให้ข้อมูลหญิงคนที่ 3)

“ถ้าป่วยนานๆก็ทำให้เป็นอัมพฤตอัมพาต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ชาย อายุ 61 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)
ความรู้สึกของตนเองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่รู้สึกไม่กลัวไม่ได้วิตกกังวล บางคนรู้สึกปล่อยวางในชีวิต เพราะไม่ทราบว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร แต่บางคนรู้สึกกลัวต่อความตาย หรือการมีภาวะแทรกซ้อนจึงไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ดังกล่าวต่อไป

“ไม่ได้กลัวเพราะเป็นมานานแล้ว ยาก็กินปกติ บางทีมันก็สูงบางทีก็ต่ำเอาแน่เอาอนไม่ได้”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิง อายุ 58 ปี ป่วยมานาน 6 ปี)

“ฉันเฉยๆนะ ความดันสูงก็ไม่เห็นมีอาการอะไร กินได้ ทำงานได้ปกติ ตอนนั้น 160 ฉันยังทำงานได้เลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

“ไม่รู้จะทำไงแล้ว บางทีไม่กินเค็ม ความดันยังสูงเลย แต่ก็ไม่เห็นเป็นไรนะ ธรรมดาตายก็ตาย เกิดมานานแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 หญิง อายุ 69 ปี ป่วยมานาน 15 ปี)

“บางทีรีบออกไปทำงานแต่เช้า ลืมเอาความดันไปกินด้วย คิดว่าไม่เป็นไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 หญิง อายุ 50 ปี ป่วยมานาน 5 ปี)

“ยาหมดไปหาหมดตลอด นัดวันไหนก็ไปตามนัด จะรู้ด้วยว่าร่างกายเป็นไง มีโรคอะไรเพิ่มมาไหม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 หญิง อายุ 70 ปี ป่วยมานาน 18 ปี)

“ฉันไปหาหมดตลอดแหละ ถ้าหมอนัด ไม่เคยขาด กลัวจะเป็นอะไรมากกว่านี้ ไม่อยากเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต กลัวตาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 หญิง อายุ 56 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)

พฤติกรรม的自我จัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม พฤติกรรมการใช้สารที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต การลืมรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด โดยผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงสถานการณ์การจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ดังกล่าวต่อไป

“กาแฟกินทุกเช้า ขาดไม่ได้เลย ไม่กินก็ง่วงนอน ปวดหัว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 ชาย อายุ 53 ปี ป่วยมานาน 6 ปี)

“ชอบกินเค็ม ใส่เครื่องปรุงทุกอย่าง ผงชูรส รสดี ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

“ออกกำลังกายแค่เดินรอบบ้าน 20 นาที ก็ต้องรีบไปทำงานแล้วไม่มีเวลา ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

“ออกไปรับจ้างเขาแต่เช้า ตอนเช้าก็มีลืมกินบ้าง บางวันก็ได้กิน บางวันก็ไม่ได้กิน เอาแน่ไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิง อายุ 50 ปี ป่วยมานาน 9 ปี)

ความเชื่อ วัฒนธรรมของตนเอง พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อดั้งเดิมของคนอีสานเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยเฉพาะปลาร้า กินเค็มทำให้มีแรงในการทำงาน อาหารส่วนใหญ่เป็น

อาหารสำเร็จ อาหารถุง เพราะทำงาน ไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร และมีการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ฉันติดปลาร้าเค็ม เอามาทำอาหารมันอร่อยนะ หอมไปสามบ้านเจ็ดบ้าน ใครผ่านมาฉันก็ตักแบ่งเขา คนแถวนี้คนอีสานเขาชอบกินหลาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ชาย อายุ 56 ปี ป่วยมานาน 7 ปี)

“ชอบกินเค็ม มันทำให้มีรสชาติกินข้าวได้หลายคำ กับข้าวก็ไม่ค่อยได้ทำซื้อเขาเอา เพราะไม่มีเวลา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 หญิง อายุ 59 ปี ป่วยมานาน 8 ปี)

“กินเค็มมันมีแรงดี ทำงานได้หลายอย่างขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 หญิง อายุ 56 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)

“แค่ทำไร่ ทำสวน ก็ออกกำลังกายแล้วหมอ ทำทั้งวันแดดก็ร้อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ชาย อายุ 61 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลยังเล่าให้ฟังอีกว่าปัญหาและอุปสรรคของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเท่าที่ควรและทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้คงที่ได้ปกติ เพราะไม่มีเวลา ไม่เข้าใจคำแนะนำ จดจำคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ได้ออกกำลังกายแค่ตอนเช้าแกว่งแขนอย่างเดียว จัก 10-15 นาทีเท่านั้นแหละไม่มีเวลา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิง อายุ 50 ปี ป่วยมานาน 9 ปี)

“จักจะเอาเวลาไหนมาออกทุกวันนี้ทำงานอยู่คนเดียว ลูกก็ยังเรียนไม่จบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ชาย อายุ 49 ปี ป่วยมานาน 7 ปี)

“เคยไปอบรมกับหมออยู่แต่นานแล้ว เขาสอนให้งดหวาน มันเค็ม ยิ่งกินเค็มความดันยิ่งขึ้น กินเค็มมากก็อาจเป็นอัมพาตได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 หญิง อายุ 50 ปี ป่วยมานาน 9 ปี)

“ฉันแก่แล้วจิจำไม่ค่อยได้ดื่อกะดื้อ หมอเขาก็สอนแหละ แต่มันลืม ว่าต้องทำตัวยังไง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

2. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือ ครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้รับการดูแลตอบสนองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งส่วนใหญ่คนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองไปในทางที่ดี อีกทั้งชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้คำแนะนำ และในชุมชนมีสถานที่ออกกำลังกายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ลูกหลาน ก็พาไปหาหมอตลอด พวกมันดูแลดี หาผักผลไม้ให้กิน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 หญิง อายุ 59 ปี ป่วยมานาน 8 ปี)

“ลูกอยากให้อันอยู่นานๆ เวลากินข้าว กินน้ำมันจะเลือกแต่ของดีๆ ให้กินไม่ให้กินเค็ม กินมัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

“หมู่บ้านจันดี อสม.กัณเฑาะ มาเขียนเขียนถามข่าว ตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 หญิง อายุ 70 ปี ป่วยมานาน 18 ปี)

“หมู่บ้านจันดีมีอ่างหนองคู ให้ออกกำลังกายเทศบาลเขาทำไว้ดีหลาย สะอาด อากาศก็ดี ใครๆก็พากันไปเดิน ไปวิ่งกัน แต่ฉันไม่ค่อยมีเวลาไปออก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ชาย อายุ 61 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)

3. ระบบบริการดีมีมาตรฐาน ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในระบบบริการ คือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงความรู้และทักษะการจัดการตนเองในด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาเป็นอย่าง การให้บริการมีความคล่องตัว รวดเร็ว ไม่รอนานเกินไป ดังบทสัมภาษณ์ ดังนี้

“หมอกระพ. เขาดูแลดี บอกสอนให้คำแนะนำดีทุกอย่าง กินยังงัย ออกกำลังกายยังงัยเขาก็สอน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 หญิง อายุ 65 ปี ป่วยมานาน 13 ปี)

“ไปหาหมอ เร็วอยู่ ไม่ต้องรอนาน เพราะบางทีมีหมอตรวจ 2 คน ก็แปบเดียว พอดีเพราะ บางทีความดันสูงหมอยังไม่ดูบ้างเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 หญิง อายุ 56 ปี ป่วยมานาน 10 ปี)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

1. เป็นเพราะตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ว่า สาเหตุการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมาจากการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การดื่มน้ำเหล้า และการเจ็บป่วยนานๆ จะทำให้เกิดอัมพาตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ที่พบว่าคนรับประทานอาหารรสเค็มเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของนาคยา ดวงประทุม (2564) ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสพิการหรือ เสียชีวิตด้วย ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต และสอดคล้องกับ ศตวรรษ อุดรศาสตร์ และคณะ (2566) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคจะก่อให้เกิดผลรุนแรงมีอันตรายต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา หรือผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน มีความสัมพันธ์กับบทบาทของการเป็นแม่ และภรรยาที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว มีความจำเป็นต้องซื้ออาหารสำเร็จรูป หรืออาหารประเภทแกงถุงมารับประทาน การบริโภคอาหารโซเดียมสูงยังเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมติดเค็ม ทำให้บริโภคอาหารโซเดียมสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับลดปริมาณโซเดียม

ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้และมีความรู้สึกต่อระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนใหญ่รู้สึกไม่กลัวไม่ได้วิตกกังวล บางคนรู้สึกปล่อยวางในชีวิต เพราะไม่ทราบว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี และไม่ได้มีอาการที่ผิดปกติไปจากเดิม ยังดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง อาการของโรคเกิดอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือน ที่พบบ่อยคือ พบจากการตรวจคัดกรองวัดความดันโลหิตและไม่รู้สึกตัวตนเองผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาด อาจทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิต ส่งผลต่อการรักษาโรค มีความรู้แต่ขาดความตระหนักในการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดความตระหนักในประเด็นการรับประทานอาหาร และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เส็งยม จีวประดิษฐ์กุล (2563) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ลีอนาม และคณะ (2562) พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปที่การปฏิบัติ การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น โทรทัศน์/เคเบิลทีวี สื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนญาติหรือคนในครอบครัว สามารถเพิ่มระดับความสามารถการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ประสพการณ์ที่ได้เรียนรู้ผ่านการบอกเล่า อาจส่งผลกับการนำไปดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura (1997) การที่บุคคลจะมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ มีความตระหนักในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมถึงมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นจึงจะทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากวัฒนธรรมของคนอีสานมักใช้ปลาเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร เช่น น้ำพริกปลาร้า ปลาร้าบอง แกงหน่อไม้ ส้มตำปลาร้า เป็นต้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป โซเดียมจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน แนนทรียูเรติก (Natriuretic hormone) และยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor mechanism) ของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลทำให้ปริมาณน้ำในกระแสเลือดและปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายต้องใช้แรงที่จะดันเลือดไปสู่หลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นตามมา เป็นผลทำให้ความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560) นอกจากนี้การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร มีผลกับการลดระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับ กิตติพล อยู่คง (2566) ที่พบว่าพฤติกรรมควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี

ผลในการลดระดับความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้มีสาเหตุมาจากการขาดความตระหนักและการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมาจากการรับรู้ตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองจากสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) การออกกำลังกายผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ชอบออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา และการทำงานออกแรงทั้งวันถือว่าเป็นการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวทางกายที่ลดลงหรือไม่มีเลย นั้นอาจเป็นผลมาจากงานยลิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้คนเข้าถึงได้ เช่น การมีรถยนต์ส่วนตัวเพิ่มขึ้น จึงทำให้การใช้งานขนส่งสาธารณะ การเดินทางที่ใช้กำลัง เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ลดลง (ยุทธามาส วันดาวและคณะ, 2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่ชอบออกกำลังกาย เกียจคร้าน และคิดว่าการออกแรงทำงานจนเหงื่อออก เป็นการออกกำลังกายแทนอยู่แล้ว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพียงอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Mimura, 2023) การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้หัวใจแข็งแรงขึ้น หัวใจที่แข็งแรงขึ้นสามารถสูบฉีดเลือดได้มากขึ้นโดยไม่ต้องออกแรงมาก แรงที่กระทำต่อหลอดเลือดจึงลดลงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวภัทร บุญเรือนและคณะ (2566) พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมการออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่ไม่ได้ควบคุมการออกกำลังกายมีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทานเครื่องดื่มคาเฟอีนเป็นประจำ เพราะคิดว่ากินแล้วทำให้ไม่ง่วงนอน สดชื่น ไม่ปวดหัว ทำงานได้นานๆ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคาเฟอีนสามารถกระตุ้นการเต้นของหัวใจและเพิ่มความดันโลหิต ซึ่งในบางกรณีอาจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ อาการหัวใจเต้นเร็วหรือหัวใจเต้นผิดปกติอาจเป็นอันตราย โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีโรคหัวใจหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ การดื่มกาแฟในปริมาณที่มากมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง สอดคล้องกับ Teramoto et al. (2021) พบว่า การดื่มกาแฟปริมาณมาก (≥ 2 ถ้วย/วัน) ผลระยะยาวของคาเฟอีนการดื่มกาแฟเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็น 2 เท่าของการไม่ดื่มกาแฟในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ถึง 3 ($\text{SBP} \geq 160$ หรือ $\text{DBP} \geq 100$)

การรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ตระหนักในการให้ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากติดภารกิจทำงาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการลืมรับประทานยา จากการทำภารกิจหลายอย่างจนทำให้เวลาว่างเลยไปและลืมรับประทานยาในที่สุด สอดคล้องกับ ฌรากร จันทรสงคราม (2564) กลุ่มผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและไม่มีอาการที่ชัดเจน การเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องใช้ระยะเวลานานแบบค่อยเป็นค่อยไปแต่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือต้องรับประทานตลอดชีวิต การไม่รับประทานยา หรือการลืมรับประทาน

ยาในบางครั้งอาจไม่เห็นผลหรืออันตรายที่ชัดเจนและรวดเร็ว สอดคล้องกับ อรรถนันท์ หวังประดิษฐ์ และคณะ (2567) พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องหลักการใช้ยาที่คลาดเคลื่อน ว่าจะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และการหยุดยา อาจทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นได้อีก จากการศึกษาของชัยรัตน์ ปรารับรูป (2564) พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนของครอบครัว และ แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การไปตรวจตามนัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เนื่องจาก จะได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น รู้ถึงภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพ อีกทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือสังคม สนับสนุนให้มารับบริการตามนัด จึงมีความตั้งใจที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตย์บัณฑิต (2567) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การลืมนัดหรือไปทำธุระที่สำคัญกว่าเสี่ยงต่อการขาดนัด และ ปัจจัยรองลงมาได้แก่ การนัดวันนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือ วันที่มีงาน

2. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะ อย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ เป็นการผสมผสานผสานทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้มีความสนใจที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้นทำให้มีความหวัง กำลังใจ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา ชันธสนธิ์ และคณะ(2565) การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว และ บุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับ ดาไลมา ลำแดงสารและคณะ (2562) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

3. ระบบบริการดีมีมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับ บุคลากรสาธารณสุข ได้รับคำแนะนำที่ดีในการปฏิบัติตัว ระบบบริการที่เข้าถึง ฟังใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขในการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสิทธิ์ ปิ่นประชาพันธ์ (2564) พบว่า การดูแลผู้ป่วย โดยมีระบบการติดตามผู้ป่วยให้มารับรักษาตามนัด ให้ความรู้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Line Application ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood

Pressure) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นการดูแลให้ความใส่ใจอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ เรียมใจ พลเวียงและ มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง(2565) พบว่าการได้ รับบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย พบว่าค่า systolic blood pressure ค่า diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้ 1. เป็นเพราะตนเอง คือ เป็นการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ วัฒนธรรม และการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่ออกกำลังกาย ลืมรับประทานยา ใช้สารที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต และมีความเชื่อวัฒนธรรมดั้งเดิมที่ไม่เหมาะสม 2. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือ คือ การมีบุตรหลานดูแลเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ดีให้ผู้ป่วยรับประทาน 3. ระบบบริการดีมีมาตรฐาน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำชัดเจน และระบบบริการมีความรวดเร็ว เข้าถึงง่าย ซึ่งผลการวิจัยเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น จึงควรนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในบริบทของชุมชนและหน่วยงานบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ
2. การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ควรคำนึงถึงความต้องการและบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
3. ควรมีการกระตุ้นการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมทัศนคติการดูแลตนเอง สร้างความมั่นใจ ส่งเสริมการมีคุณค่าของตนเอง เสริมแรงทางบวกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อาจเพิ่มการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเอง และวางแผนการติดตามผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการวิจัย

ควรมีการพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ต่อไป เช่น การพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพ การให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพล อยู่คง.(2566). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล ต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณค โลก จังหวัดสุโขทัย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].มหาวิทยาลัยนเรศวร. วิทยุชัย ประเสริฐยิ่ง, และธงชัย อามาตย์บัณฑิต. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(1), 308-320.
- ณรากร จันทร์สงคราม.(2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(2), 142-159.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง.(2559). การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 83-92.
- ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 51-66.
- ธัญริศ ปราบริปู. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(2), 184-194.
- นาคยา ดวงประทุม.(2564). การรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(3), 188-199.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2560). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*(พิมพ์ครั้งที่ 11). คลังนานาวิทยา. ยุทธามาส วันดาว, ทิพมาส ชินวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, และอรุณี ทิพย์วงศ์.(2561). ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3)52-64.
- รุ่งทิwa ชันธมุล, และสมจิต แคนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 89-97.

- เรียมใจ พลเวียง, และมิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(1), s26-s35.
- วิสิทธิ์ ปิ่นประจักษ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3*(1), 23-37.
- วนิดา สติประเสริฐ. (2558). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์, ถัดดา พลพุดธา, ณิชาพันธุ์ระวี เฟื่องพล, ปัทมา โสบุตร, บุญดา วงศ์พิมล, และชนิศาดี สายื่น. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20*(1), 28-41.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป : *Thai guidelines on the treatment of hypertension* . มปท.
- สุทัศน์ สุภนาม, อังคณา สมคง, กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, และนิยา เรืองกิจอุดม. (2565). ประสิทธิภาพการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 16*(2), 186-197.
- สุวภัทร บุญเรือน, วินัย สยอวรรณ, และสุรัสวดี เพชรคง. (2566). ผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย ด้วยท่ากายบริหารมีเวทของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6*(3), 12-23.
- เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास, *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3*(1), 15-30.
- หทัยกานต์ ห้องกระจก, นฤมล ปทุมรักษ์, และเขมรดี มาสิงบุญ. (2559). อิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. *วารสารแพทยนาวิ, 43*(2), 39-54.

- อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง, และจารุวรรณ สุรัสโม.
(2567). การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่
ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), 1-18.
- อมรรรัตน์ ลีอนาม, นิลาวรรณ งามขำ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เพ็งพานิช, กมลทิพย์ รัตนสุวรรณชัย,
วชรพล เถิงลา, และกิตติ ประจันตเสน.(2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 23(1), 93-106.
- อัจฉรา ชันธสนธิ์, บวรลักษณ์ ทองทิว, และศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล.(2565). ผลของโปรแกรมการ
สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทาง
คลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลสาร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 225-237.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Giorgi A.(1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne
University Press
- Husserl E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy* (Q. Lauer, Trans.). Harper & Row.
(Original work published 1936)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newburg Park : Sage.
- Mimura S. (2023). Exercise prescription in the treatment of hypertension. *Hypertension
Research*, 46(2), 521–522. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-01083-z>
- Teramoto M. , Yamagishi K. , Muraki I., Tamakoshi A. & Iso H..(2021). Green tea and coffee
consumption and all-cause mortality among persons with and without stroke or myocardial
infarction. *Stroke*, 52(3), 957–965. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.120.032273>
- World Health Organization. (2023). *First WHO report details devastating impact of hypertension and
ways to stop it*. [https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-
impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it](https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it)